

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 136

CONTRIBUTION
à
L'ÉTUDE
de la
POLYURIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Mai 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Félix MARIANI

Né le 8 Novembre 1874, à Frasseto (Corse)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « Réveil du Beaujolais »
45, RUE VICTOR-HUGO, 45

— 1902 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 136

CONTRIBUTION
à
L'ÉTUDE
de la
POLYURIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

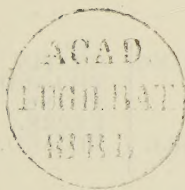
Et soutenue publiquement le 21 Mai 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Félix MARIANI

Né le 8 Novembre 1874, à Frasseto (Corse)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « Réveil du Beaujolais »

45, RUE VICTOR-HUGO, 45

— 1902 —

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD,
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPRIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, D ^r ès-sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. COURMONT, Président ; BOYER, Assesseur

MM. PAVIOT et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA
POLYURIE HYSTÉRIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de quitter cette Université lyonnaise, où nous avons fait nos études, nous tenons à remercier tous les maîtres éminents qui nous ont nourri de leur travail et de leur science ; nous les garderons dans un même souvenir plein de reconnaissance et d'admiration.

Monsieur le Professeur Courmont nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous en sommes d'autant plus heureux que ses belles leçons, toujours suivies avec attention et intérêt, nous ont frappé fortement et dureront dans notre mémoire. Qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici nos vifs remerciements.

Monsieur le Docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux, nous a donné l'idée de cette thèse ; il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils dans la conduite de notre travail et a toujours été pour nous d'une sollicitude pleine de bienveillance ; nous l'en remercions profondément.

F. M.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
POLYURIE HYSTÉRIQUE

CHAPITRE PREMIER

~~~~~

**Introduction**

I

Dans un travail récent, un des meilleurs qui aient été publiés sur la matière, Ehrardt définit la polyurie hystérique : « un syndrome morbide caractérisé par une émission exagérée et non passagère d'urine, d'un poids spécifique faible, sans sucre ni albumine, et présentant dans son aspect symptomatique ou dans son évolution quelques uns des caractères qui semblent appartenir en propre aux manifestations hystériques. »

Mais avant d'arriver à cette notion ferme et claire, que de tâtonnements, que d'obscurité !

L'histoire de la polyurie hystérique, en effet, est un peu celle de la polyurie en général : et l'histoire de celle-ci est très confuse. Il suffit, pour s'en rendre compte de faire une revue des travaux les plus importants publiés sur la question. On est de suite frappé par la diversité des opinions, la multiplicité des divi-

sions dans un sujet qui se présente au premier abord avec une apparente simplicité.

Polyurie, diabète insipide, sont employés par les auteurs avec un sens plus ou moins restreint, plus ou moins particulier à chacun. Ne faut-il pas voir la raison principale de cette confusion, dans ce fait que les premiers auteurs qui ont étudié la question, n'ont pas connu la valeur exacte du terme « polyurie » dans le problème qu'ils avaient à résoudre?

Ils ont trop vu la polyurie, ils n'ont pas assez cherché à découvrir ce qu'il y avait derrière. D'où les divisions à l'infini : celle de Sauvage qui cherche dans l'étiologie les différences : diabète vrai ou sucré, diabète anglais, diabète hystérique, etc... ; celle de Bouillaud qui confond sous la même dénomination les deux diabètes. Plus tard, Robert Willis préoccupé du côté chimique, dans un chapitre consacré à l'étude de la sécrétion urinaire exagérée, établit les distinctions suivantes : hydrurie, anazoturie, azoturie. En 1841, Lacombe examinait la polyurie au point de vue purement clinique. Lancereaux, le premier, a isolé définitivement un des facteurs les plus importants du produit pathologique. Il a dégagé de cette confusion et de cette divergence d'appréciation l'idée commune ; il en a déterminé l'étendue et lui a donné son expression la plus juste.

La polyurie dit-il, est un symptôme qui se rencontre dans un certain nombre d'états pathologiques, tels que le diabète sucré, le diabète insipide, l'albuminurie, etc., etc... ; il ne faut désigner par là, suivant le sens propre du mot, que la sécrétion exagérée des urines.

Si à ce phénomène commun s'ajoutent des caractères particuliers, empruntés notamment à la nature et à la composition du liquide sécrété, on doit recourir à des désignations nouvelles rappelant ces caractères mêmes.

Nous ajouterons que ces caractères particuliers doivent être empruntés, non seulement à la nature et à la composition du liquide sécrété, mais aussi à la modalité étiologique du syndrome puisqu'aussi bien la cause, hystérie dans la variété qui nous occupe, imprimera à la marche, à l'évolution, à l'aspect de la polyurie des caractères qui sont propres à toutes ses manifestations.

Lancereaux, en effet, a peu connu la polyurie hystérique. Dans sa thèse d'agrégation, au chapitre qu'il intitule *Etat hystérique ou névropathique, émotions vives*, il est bien dit : « La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'hystérie s'accordent à faire mention d'une polyurie temporaire survenant principalement à la suite des accès, ainsi qu'il arrive d'ailleurs après certaines attaques d'épilepsie. Ce n'est pas de cette polyurie passagère qu'il est ici question mais bien d'une polyurie persistante, coïncidant avec les accidents nerveux, si elle ne leur succède. »

Il analysait alors onze observations. Celles de Landouzy, d'Oppolzer, un fait inédit à lui, communiqué par Le Teinturier, sont assez probants en faveur de l'hystérie. Lancereaux réunissait d'ailleurs à ces observations où l'hystérie paraissait être véritablement en cause, « celles où il est dit que la polyurie aurait succédé à une vive émotion. »

Depuis 1869, Lancereaux est revenu sur cette ques-

tion. Dans une leçon publiée en 1890, il cite plusieurs polyuriques présentant tous les symptômes de l'hystérie dite toxique, mais pour cet auteur, la polyurie, les crises convulsives et l'hypéresthésie doivent être attribuées à l'intoxication chronique par les essences : absinthe, anis, badiane, etc., ce qui complique singulièrement la question. Nous reviendrons là-dessus plus loin.

En somme, dans tout cela, rien de bien précis. Dans tous les cas, si Lancereaux avait admis l'hystérie au nombre des causes du symptôme polyurie, il n'avait pas imaginé et personne avant lui, comment l'hystérie pouvait s'approprier pour ainsi dire ce symptôme en lui imprimant des caractères particuliers propres à toutes les manifestations de la névrose, et pour lui, émotions vives, hystérie, pouvaient commander également dans le même sens, l'émission exagérée des urines. Et ce n'est qu'après les travaux de Debove, Ballet, Mathieu, Babinski, Dejerie, Laennec et Boiffin, pour la plupart mis en œuvre dans la thèse récente d'Erhardt, que nous voyons bien établie la notion de la polyurie hystérique permanente, interparoxystique.

Nous verrons comment, surtout grâce aux belles études de Babinski, l'hystérie a pu signer lisiblement au bas du tableau clinique que nous offrent certains polyuriques et cela par l'influence qu'exerce sur elle, la suggestion hypnotique.

Depuis la thèse d'Erhardt, d'autres travaux importants avec des aperçus nouveaux ont paru sur cette question toute d'actualité : signalons un article origi-

nal publié par Linke dans le *Centralblatt für Newenheick* en 1894 où l'auteur nous fait part d'une observation de polyurie hystérique relative à une femme de seize ans ; observation intéressante car peu avant sa production, Erhardt pouvait écrire : « Aujourd'hui que la question est à l'ordre du jour, nous n'avons pu, parmi les communications de M. le Professeur Debove, de MM. Babinski et Mathieu, en trouver un seul cas chez la femme. » Et, du reste, toutes ses observations propres concernant des hommes. Signalons aussi une étude de Souques sur le rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique.

Il nous a semblé utile de réunir dans une vue d'ensemble tous les principaux matériaux que l'on a apportés pour la rédaction définitive de ce chapitre spécial de la pathologie : ce sera surtout l'objet de notre travail.

D'autre part, nous avons pu recueillir quelques observations de polyurie, inédites, relatives à des femmes : nous avons pensé qu'elles méritaient d'être publiées ici, car ces observations sont très rares dans la littérature.

## I I

Donc nous posons d'ores et déjà en principe que la polyurie, quelle qu'elle soit, n'est pas une entité morbide, mais un symptôme consistant dans l'émission exagérée des urines. Elle s'observe dans le cours de nombreuses affections. En quelques cas cependant la polyurie résume à elle seule le tableau morbide : elle est dite alors essentielle. Cette dénomination est

commode mais impropre : commode, parce qu'elle abrite notre ignorance de la cause réelle de la polyurie, sans préjuger en rien de la nature même de cette cause; impropre, en ce qu'elle semble vouloir arrêter notre esprit et le satisfaire par une vaine étiquette, qui, au fond, ne dit rien. Nous verrons, en effet, comment la polyurie essentielle rentre peu à peu dans le cadre sans cesse élargi de la polyurie hystérique, au fur et à mesure que s'étendent nos connaissances et qu'on arrache à la grande névrose son masque de simulatrice, comment l'essentiel disparaît pour faire place au dérivé, comment la polyurie devient une fois de plus symptôme.

Il nous paraît d'à-propos, avant d'entreprendre cette étude, d'examiner en général le mécanisme qui commande ce symptôme et les modifications qui le créent. Ainsi, nous pourrions mieux interpréter et reconnaître les différentes applications qui en ont été faites à la pathogénie du syndrome qui nous occupe.

Quel est le fonctionnement normal du rein? On admet généralement aujourd'hui qu'il y a, d'une part, filtration de l'eau au niveau des glomérules, et, d'autre part, sécrétion des principes minéraux ou organiques au niveau des tubes contournés : le rein est à la fois une glande et un filtre. La transsudation aqueuse est le résultat de l'excès de tension auquel le sang est soumis dans le bouquet glomérulaire.

Chaque fois donc que la pression sanguine subit des modifications, le volume de l'urine émise en ressent le contre-coup. La pression est-elle augmentée? il y a polyurie; la quantité d'urine diminue-

t-elle? c'est que la tension vasculaire devient plus faible. Comment varie cette pression? Par des phénomènes purement mécaniques ou par l'action de l'appareil nerveux qui régit le fonctionnement rénal. Pourtant, si nous sommes fixés sur l'existence des nerfs vaso-moteurs dans le rein, celle des nerfs excito-glandulaires est encore hypothétique. Toutefois, l'émission exagérée des urines peut s'expliquer très bien par des actions nerveuses simplement vaso-motrices. La pression sera augmentée et la polyurie déterminée, soit par l'excitation des nerfs vaso-constricteurs, soit par la paralysie, l'inhibition des vasodilatateurs. Ainsi, l'expérimentation nous apprend que la section du grand splanchnique est suivie de congestion rénale et de polyurie (Cl. Bernard), tandis que l'excitation du bout périphérique détermine l'anémie rénale. Cl. Bernard a aussi démontré l'existence d'un centre bulbaire dont l'excitation produit la polyurie : il est situé près du centre de la glycosurie sur le plancher du quatrième ventricule. Sa destruction ou la section de la moelle cervicale inférieure cause l'anurie. Kahler a repris et confirmé ces expériences; en pratiquant des injections de nitrate d'argent au voisinage des corps restiformes, il a obtenu un diabète hydrurique. Enfin, certains cas pathologiques sont de véritables expériences confirmatives. La simple élévation de la pression artérielle, par augmentation de la masse sanguine, détermine l'exagération de la sécrétion urinaire.

C'est ainsi que l'ingestion de boissons abondantes, l'injection d'eau dans les veines produit de la polyurie.

La ligature des artères des membres amène le même résultat, en restreignant le champ circulatoire, et par conséquent en augmentant la tension sanguine (Cl. Bernard). Mais il ne semble pas que de simples phénomènes physiques ou mécaniques suffisent toujours à expliquer la polyurie. On doit probablement invoquer encore une réaction de l'appareil nerveux, influencé lui aussi dans ces mêmes conditions. Le mécanisme de certaines polyuries expérimentales n'est pas encore élucidé. Ainsi, certains médicaments augmentent d'une façon notable la sécrétion rénale : glucose, digitale, ergot de seigle. Ils agissent en partie, du moins, en augmentant la pression vasculaire.

Le sucre, les phosphates, l'urée déterminent la polyurie par un mécanisme différent. Ces substances attireraient dans le sang une quantité d'eau considérable provenant des tissus, grâce à des conditions particulières de dialyse et, de ce chef, la pression artérielle serait accrue. Vaso-dilatation des capillaires, augmentation de la masse sanguine, altération du sang, telles sont les conditions qui, agissant isolément ou associant leurs influences, produisent la polyurie. Telles sont les données qui ont servi à établir la pathogénie des polyuries symptomatiques.

C'est ainsi qu'on admet que la polyurie est d'origine réflexe dans les maladies de rein (néphrite interstitielle, dégénérescence amyloïde, etc.), déterminée par une excitation des centres nerveux urinaires dans les lésions du cerveau ou du bulbe, excitation directe si la lésion est localisée au bulbe, réfléchie quand elle

siège en d'autres parts (névrites, névralgies); d'origine réflexe aussi dans les maladies pulmonaires, et, dans ce cas, l'excitation serait due aux toxines du bacille de Koch.

Enfin, dans le diabète sucré, la polyurie serait en relation avec la glycosurie. Nous avons vu, en effet, que le sucre a besoin, pour s'éliminer, d'une grande quantité d'eau qu'il emprunte à tous les tissus. Nous verrons comment les lois de la physiologie expérimentale ont été appliquées à la pathogénie de la polyurie hystérique.



## CHAPITRE DEUXIÈME

---

### Description clinique

Si l'on voulait faire un schéma du tableau clinique présenté par les malades atteints de polyurie hystérique, voici les lignes que l'on pourrait tracer :

Un homme souvent alcoolique, ordinairement frappé de stigmates hystériques, à la suite de contrariété ou bien de libations copieuses, se met tout à coup à uriner plusieurs litres, et cette polyurie une fois installée, persiste.

Le malade est très altéré, il a de la polyphagie. La bouche est sèche, la salive épaisse, mais la langue reste humide.

Il est souvent amaigri, il présente une légère hypertension artérielle et de l'hypothermie; mais les fonctions générales semblent cependant s'effectuer d'une façon normale; la puissance sexuelle est conservée bien qu'affaiblie. Néanmoins on le voit triste et abattu.

Les mictions ne sont pas en général bien pressantes, mais elles sont fréquentes: il a de la pollakyurie, mais c'est une pollakyurie polyurique et l'on voit en effet l'émission des urines suivre rapidement l'ingestion des liquides.

Les urines sont limpides et transparentes, d'un

poids spécifique faible. A l'analyse, pas de sucre ni d'albumine, pas d'azoturie ni de phosphaturie.

Mais il s'en faut que tous les cas se ressemblent. La clinique est une science nombreuse comme la série des malades qu'elle observe; elle n'a rien de mathématique. Elle est, pour ainsi dire individuelle; chaque malade réagit à sa manière sous l'influence d'une même cause pathogène. Et le tableau change, les lignes se déplacent, les ombres s'accroissent ou s'effacent.

En effet, si nous passons à l'examen d'un même symptôme chez plusieurs malades, nous verrons varier ses caractères :

Tout d'abord la quantité d'urine excrétée est variable : 8, 10, 15 litres et plus.

Le début de la polyurie est souvent brusque, mais il peut être insidieux.

Les mictions souvent commandées sont parfois tellement pressantes que le polyurique n'a pas le temps de les satisfaire et urine dans son pantalon. Au point de vue des caractères de la miction, le cas de Linke fait exception à tous ceux qui ont été publiés. Sa malade était bien hystérique par ses attaques de toux, son aphonie et une zone hypéresthésique de la région scapulaire gauche. Mais pour constater sa polyurie qui atteignait une fois 10 litres en vingt-quatre heures, il fallait avoir recours au cathétérisme, car il existait une rétention d'urine par contracture spasmodique du col de la vessie.

Les mictions sont fréquentes et se font à des intervalles variés, plutôt le jour que la nuit (Ehrardt) mais parfois le contraire s'observe (Gilles de la Tourette). Le volume des mictions est variable.

La coloration des urines est d'autant plus faible que la polyurie est plus abondante; de même pour le poids spécifique qui dans le cas de Linke n'était que de 1,001.

Quant à la composition chimique, les analyses ont donné des résultats variables avec les différents cas.

En ce qui regarde l'urée, Ehrardt résume ainsi ses recherches :

« L'urée varie avec l'alimentation capricieuse des hystériques, la quantité en est donc très variable, et si nous la trouvons parfois augmentée, cet excès est dû à l'alimentation; l'azoturie est ici une azoturie alimentaire, la composition des urines variant d'un jour à l'autre avec la nourriture plus ou moins azotée des malades. »

Il n'existe aucune relation entre la quantité des urines et celle de l'urée. Les deux valeurs constantes qui semblent caractériser, au point de vue chimique, la polyurie hystérique sont : l'une positive, augmentation de la quantité de chlorure de sodium éliminée en vingt-quatre heures; l'autre négative, pas de sucre ni d'albumine.

Un autre indice plus important de cette polyurie est celui-ci : la suggestion hypnotique peut faire varier quantitativement l'excrétion urinaire. Ce phénomène

a été signalé par M. Babinski et d'autres auteurs. Nos tentatives dans ce sens auprès d'une de nos malades sont restées infructueuses ; nous n'avons pu observer cette influence de la suggestion, mais nous avons pu voir la courbe des urines baisser notablement pendant une poussée de grippe intercurrente.

La soif est constante ; elle varie en raison directe de la quantité des urines. Pour Erhardt, elle serait « loin d'atteindre le degré de celle qui accompagne le diabète sucré ou la polyurie essentielle ».

Dans une de nos observations cependant, la malade était très altérée et le besoin de boire était chez elle si fréquent qu'elle ne pouvait dormir ; si impérieux, que dans les circonstances où elle avait été appelée à coucher ailleurs que dans sa demeure, son premier, son unique souci fut de connaître l'endroit et le chemin du robinet à eau.

L'appétit est, en général, augmenté ; nous n'avons rien constaté de semblable chez nos malades ; une d'elles même a présenté de l'anorexie et quelques troubles digestifs : pesanteur après le repas, pyrosis, vomissements, lui laissant un goût aigre dans la bouche. S'agissait-il d'hyperchlorhydrie ? Erhardt nie l'hyperchlorhydrie des polyuriques.

La constipation est habituelle.

Dans certains cas, la nutrition n'est jamais troublée, cependant l'embonpoint n'est jamais exagéré et même l'on comprend que, dans ces conditions, l'amaigrissement ne tarde pas à survenir. Un malade observé par Gilles de la Tourette avait perdu vingt kilos de son poids. Il est vrai que l'amaigrissement portait sur

plusieurs mois, et la polyurie était très abondante. Les pesées quotidiennes d'une de nos malades nous ont montré cette diminution du poids. Mais une autre échappe à la règle ; non seulement elle n'avait pas maigri, mais elle avait présenté, en même temps qu'une polyurie de quatorze litres, une augmentation de volume de l'abdomen qui tenait à un état polysarcique, surtout accusé dans cette région et aux membres inférieurs. Il faut dire que sa polysarcie disparut à la suite d'un tamponnement vaginal et d'une médication iodurée qu'elle subit sans qu'elle présentât d'ailleurs aucun phénomène vaginal.

La tension artérielle est toujours plus ou moins élevée ; nous l'avons constaté, en effet, chez nos malades dont le pouls était large, bondissant, tout au moins très ample.

L'état général est ordinairement bon ; mais si les fonctions organiques ne sont pas atteintes, les malades sont tristes et abattus, l'état mental est profondément touché et contraste beaucoup avec l'intégrité des organes.

La première de nos malades a conservé, il est vrai, sa gaieté, sa bonne humeur, bien qu'elle soit un peu émotive, mais la seconde est très affectée ; elle gémit sans cesse sur son infirmité qu'elle considère comme incurable.

Quant aux symptômes ou stigmates d'hystérie présentés, ils sont très variés et plus ou moins évidents. Aucune de nos malades n'a eu de crises convulsives, ni d'attaque d'hystérie paroxystique : de l'émotivité,

un peu d'anesthésie de la cornée et du pharynx, un léger degré d'ovarie des deux côtés, chez la première, et, chez la seconde, les mêmes stigmates sans ovarie, mais avec, sur le thorax, une légère hémihypoanesthésie; ce sont les seuls signes hystériques qu'elles présentaient.

En résumé, les deux symptômes cardinaux de la polyurie hystérique sont : un grand excès de chlorure de sodium dans les urines, et son aptitude à varier quantitativement, au gré de l'hypnotiseur, sous l'influence de la suggestion; cette influence n'est pas toujours facile à constater.

### **Marche et évolution**

La polyurie hystérique peut être brusquement provoquée par des influences psychiques qui n'ont aucune action sur un accident similaire ne dépendant pas de grande névrose : Une émotion vive, un traumatisme, ou toute autre cause imprévue. De même elle peut être modifiée ou supprimée par ces influences. Telle la suggestion qui de ce fait est rentrée dans sa thérapeutique.

Aussi rien n'est plus variable que sa marche : on la voit persister immuable pendant des mois et des années puis s'apaiser et disparaître pour se reproduire à l'occasion de provocations nouvelles. Les malades sont dans un état d'instabilité morbide perpétuelle.

Néanmoins si, à l'égal des autres syndromes hystériques la polyurie est susceptible de disparaître spon-

tanément, il ne faut pas oublier que l'hystérie est, chez l'homme, spécialement tenace ; et ces guérisons soudaines qui en font la grande pourvoyeuse des cures imprévues et extraordinaires, la source inépuisable du merveilleux en thérapeutique, sont pourtant rares, quand il s'agit de polyurie ; celle-ci peut devenir inquiétante par sa persistance et ses tendances à la récursive.

Il est vrai qu'elle n'entraîne jamais aucune de ces complications fâcheuses comme la tuberculose, bien qu'une de nos malades ait présenté des signes manifestes de bacillose au début, bacillose consécutive à sa polyurie sinon déterminée par elle.

Elle n'occasionne pas de ces accidents dus à la glycémie que l'on observe dans le diabète sucré : d'autre part, elle n'amène pas cette débilitation profonde qui accompagne la phosphaturie ou l'azoturie. » Mais si, à l'égal encore des autres manifestations hystériques la polyurie n'a pas habituellement sur la santé générale des malades, le retentissement qu'aurait un accident semblable mais dépendant d'une autre cause, elle peut amener chez certains sujets, un état de déchéance psychique voisin de la neurasthénie ou de l'hypocondrie. La seconde de nos malades en est un exemple frappant.

« Et si cette affection permet à ceux qui en souffrent de vivre de longues années sans compromettre leur bien être, il n'en est pas moins certain qu'elle constitue une infirmité qui peut durer jusqu'à la mort »

Le pronostic de la polyurie est donc assez sombre : car c'est un phénomène qui, d'emblée, tend à s'installer à l'état chronique, et peut, dans quelques cas, s'accompagner d'une dénutrition marquée.

---

## CHAPITRE TROISIÈME

---

### Diagnostic différentiel

Le diagnostic n'est pas facile. Les deux éléments principaux qui servent à l'établir sont : la composition des urines et l'hystérie constatée du sujet. Il est certain que si un malade atteint de polyurie sans sucre ni albumine a eu des attaques convulsives ou présente des stigmates évidents de la névrose, on peut raisonnablement et presque sûrement poser un diagnostic positif.

Mais d'abord, la polyurie qui nous occupe n'est pas la seule où l'analyse des urines ne décèle aucune trace d'albumine ou de sucre. A ce point de vue particulier, cette analyse est aussi négative dans la phosphaturie et l'azoturie.

D'autre part, combien de polyuries hystériques où l'élimination de l'urée en vingt quatre heures dépassait la normale ! Dans le cas de Guinon, l'augmentation même des phosphates, a été notée.

Admettons-nous avec Erhardt l'augmentation du *chlorure de sodium* comme une caractéristique de cette polyurie ?

Il nous a été permis de constater cette augmentation sur une de nos malades ; mais ce signe n'est pas

constant. Dans tous les cas, il nous semble insuffisant : on ne pourrait dire « chlorurie » comme on dit phosphaturie ou azoturie.

Si donc on veut se baser sur ces simples données chimiques, il est impossible de faire un diagnostic différentiel, et c'est par d'autres procédés, qu'il nous faudra essayer de découvrir la nature de la polyurie.

Il sera facile d'éliminer les polyuries par lésions organiques du système nerveux et surtout les polyuries spontanées, par la coexistence d'autres symptômes particuliers à ces lésions qui se divisent en : tumeurs, syphilis du cerveau, méningite, tubercules, hydrocéphalie, sclérose en plaques, paralysie générale, etc.

Pour ce qui est des polyuries traumatiques, les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales ont établi l'authenticité de cette polyurie et nous ont fixé sur le siège que doivent occuper les lésions. (Recherches de Cl. Bernard et Kahler).

En dehors de ces données expérimentales nous avons des données cliniques. Mais ici, la question se complique d'une notion restée méconnue jusqu'à ces dernières années *l'hystérie traumatique*.

M. Potain, dans une leçon faite à la Charité, en 1891, sur *l'hydrurie*, à propos d'un sujet polyurique qui avait reçu une blessure à la tête, peu de temps après éprouvé un refroidissement suivi de polyurie, a dit :

« Il est probable que si l'on analysait bien les faits de ce genre, on retrouverait fréquemment l'hystérie

comme intermédiaire entre le traumatisme et la polyurie. »

Après lui, M. Déjérine rapportait une observation de polyurie hystérique chez un grand alcoolique de laquelle il tirait cette conclusion qu'un certain nombre de cas de polyurie attribuée aux émotions, aux refroidissements, etc., relèvent de l'hystérie. Ici se place cette autre notion récente de l'*hystérie toxique*. Nous n'entrerons pas dans les discussions doctrinales qu'elle a soulevées. Qu'il nous suffise ici de les indiquer pour marquer que ces différentes causes, traumatismes, intoxications, peuvent être considérées comme essentiellement primordiales dans l'éclosion de la polyurie ou bien agissant par l'intermédiaire de l'hystérie; et la distinction n'est pas commode.

L'hystérie, a dit M. Jossierand, si elle simule un grand nombre de maladies, en dissimule quelques-unes.

A part les lésions organiques, il est des affections nerveuses *sine materia* autres que l'hystérie, qui sont susceptibles de produire la polyurie : il en est ainsi de l'épilepsie, de la paralysie agitante, de la maladie de Basedow.

Nous manquons de documents indiscutables sur la polyurie des aliénés. Chez eux, les recherches sont difficiles et l'étude est à reprendre.

La polyurie héréditaire des dégénérés, tout au moins, forme une catégorie distincte et irréductible : il faut donc rechercher chez les polyuriques les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence.

Mais bien souvent les hystériques sont aussi des

dégénérés héréditaires, et cela ne tranche pas la question au point de vue diagnostique comme au point de vue étiologique.

Quoiqu'il en soit, il faudra donc toujours s'en rapporter à l'existence antérieure ou à la coexistence d'accidents convulsifs ou autres.

Mais il n'est pas toujours facile d'établir d'une façon indéniable qu'un sujet est hystérique.

Bien plus, « pour soutenir qu'un syndrome est hystérique, dit Babinski, il ne suffit pas de constater sa présence chez un hystérique avéré : cette condition, si elle n'est pas suffisante, n'est pas non plus nécessaire (hystérie mono-symptomatique). Ce qui est indispensable, c'est d'observer, soit dans l'aspect symptomatique, soit dans le mode de début, soit dans le mode d'évolution du syndrome, quelques-uns des caractères qui semblent appartenir en propre aux manifestations hystériques. »

Et M. Mathieu, se demandant quelles sont les raisons qui peuvent amener à déclarer qu'une polyurie est de nature et d'origine hystérique, ramène ces raisons à trois ordres :

- 1° Son mode de début ;
- 2° Sa coexistence avec des accidents hystériques ;
- 3° Sa disparition et sa réapparition sous l'influence de la suggestion.

L'influence de la suggestion, signalée par Babinski, voilà le bon signe diagnostique. Il est excellent, mais encore faut-il, pour qu'il ait de la valeur, que les

sujets soient hypnotisables ; ce qui n'est pas la règle, loin de là.

D'après ces quelques considérations très rapides, nous pouvons imaginer les difficultés du diagnostic, dans l'affection qui nous occupe. Pour une donnée dans le problème, que d'inconnues ; pour une valeur constante dans la fonction, que de variables !

En résumé, c'est donc surtout sur l'ensemble des symptômes, sur l'état mental du sujet, sur le mode de début, sur l'évolution du syndrome, qu'il faudra établir la base d'un diagnostic. Nous avons déjà essayé de déterminer la nature de chacun de ces éléments dans la polyurie hystérique.



## CHAPITRE QUATRIÈME

---

### Etiologie et Pathogénie

#### I

La question de l'étiologie est très controversée, principalement sur le terrain de l'hystérie traumatique et de l'hystérie toxique.

Le traumatisme et l'intoxication occupent, en effet, une place très importante parmi les agents provocateurs de l'hystérie.

Comment ces causes agissent-elles ?

Faut-il, avec quelques observateurs, réunir tous les troubles fonctionnels d'origine traumatique sous le nom commun de *névrose traumatique* ?

Faut-il se ranger à la doctrine des hystéries symptomatiques ou bien à celle de l'hystérie d'origine toxique ?

Il s'agit de s'entendre et il importe beaucoup de ne pas confondre l'hystérie vraie, qui se développe accidentellement chez quelques intoxiqués avec les troubles fonctionnels du système nerveux, appartenant en propre à l'intoxication et résultant directement de l'action du poison introduit dans l'organisme sur les éléments ganglionnaires.

Avec l'école neurologique française, nous pensons

qu'on a beaucoup exagéré l'importance du traumatisme comme notion étiologique, en créant une nouvelle espèce nosologique, la *névrose traumatique*. Pour elle, le traumatisme est une cause banale et complexe dans laquelle l'émotion morale et l'ébranlement organique se combinent dans des proportions éminemment variables : dans tel cas, il provoquera des accidents franchement épileptiques ; dans tel autre, des accidents de neurasthénie pure ; dans un troisième, il sera suivi de l'explosion d'accidents hystériques vrais.

Cette école estime donc qu'il est plus logique de laisser à chaque névrose son autonomie nosographique, et que ce serait compliquer singulièrement l'étude des affections nerveuses que de disjoindre leurs éléments dans des classifications artificielles basées sur la seule notion de leur étiologie.

Les accidents nerveux qui accompagnent les intoxications alcooliques et autres étaient connus depuis fort longtemps. Mais on attribuait tous ces accidents à des lésions organiques des centres nerveux ou des nerfs périphériques ou tout au moins à l'imprégnation des éléments nerveux par le poison introduit dans l'organisme. On croit, aujourd'hui, qu'à côté des symptômes toxiques dus à ces altérations organiques, il existe souvent chez les intoxiqués des troubles purement fonctionnels, cérébraux ou médullaires appartenant à l'hystérie.

Pour expliquer cette coexistence fréquente de l'hystérie et des intoxications, on a proposé les deux théories signalées plus haut : celles des hystéries sympto-

matiques et celle de l'hystérie d'origine toxique. La dernière a été soutenue par Charcot.

Elle admet que certaines intoxications ont pour effet d'aggraver les manifestations de la névrose chez les sujets préalablement hystériques et qu'elles ont le pouvoir de les faire éclater chez les sujets prédisposés; mais qu'elles sont incapables de les créer de toutes pièces.

Il est certain que la distinction entre les accidents hystériques vrais d'origine toxique et les accidents hystériformes, dépendant des intoxications, peut être quelquefois fort difficile à établir. Mais il faut l'établir; cela est important au point de vue du diagnostic, — nous en avons déjà parlé; — au point de vue de l'étiologie, — nous le verrons plus loin, — et nous verrons comment on doit relier la polyurie nerveuse et les intoxications que l'on retrouve si souvent dans les antécédents des malades.

Disons tout de suite, avec M. Mathieu, que dans notre esprit tous les cas de polyurie que M. Lanceaux a attribué à l'intoxication par les essences d'absinthe, d'anis et de badiane doivent prendre place dans les polyuries hystériques.

L'hystérie vraie survit à la cause déterminante qui l'a provoquée; mais une fois qu'elle a été éveillée par une émotion, un traumatisme ou une intoxication, elle évolue indépendamment de toute nouvelle sollicitation accidentelle; elle s'émancipe dès sa naissance.

Les accidents hystériformes causés par des intoxications restent au contraire subordonnés aux circonstances étiologiques qui leur ont donné naissance et les entretiennent.

II

Toutes les observations récentes de polyurie hystérique sont relatives à des hommes ; elles ont été publiées par MM. Debove, Mathieu, Babinski. Et dans celles, nombreuses, qu'Erhardt nous a laissées, on n'en relève aucune concernant les femmes. Cet auteur fait remarquer qu'il y a bien des cas observés chez la femme, dans les anciens auteurs ; mais l'histoire en est très incomplète et l'on ne peut dire s'il s'agissait vraiment d'hystérie.

A l'époque où M. Erhardt écrivait, Linke n'avait pas encore, il est vrai, publié son observation d'une jeune fille de seize ans ; mais celle de Kien, que nous reproduisons, nous semble cependant assez probante.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons ajouter à celles de Kien et de Linke trois autres observations de polyurie hystérique chez la femme : deux nous ont été données par M. le Dr Lyonnet, médecin de l'hôpital Saint-Pothin ; nous avons recueilli la troisième dans le service de M. Roques, à l'Hôtel-Dieu.

Fait important : La plupart des malades observés étaient des alcooliques. Comment l'alcool a-t-il agi ? Comme agent provocateur ou bien a-t-il préparé le terrain ? Nous traiterons ce point en étudiant la pathogénie. Quoi qu'il en soit, et bien que des cas de polyurie hystérique aient été observés chez des hommes non alcooliques (Gilles de la Tourette), cette notion étiologique n'en est pas moins de première valeur.

L'incontinence nocturne d'urine a été plusieurs fois relevée par Erhardt et d'autres auteurs dans les anté-

cédents personnels des malades, mais Erhardt a constaté ce fait sans plus. Nous verrons comment il faut l'interpréter.

Les autres causes occasionnelles appartiennent, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, à l'étiologie banale des manifestations hystériques. A signaler pourtant le traumatisme. Comment arrive-t-on de cette façon à la polyurie ?

### I I I

Il nous semble que la pathogénie de cette affection a été très bien comprise par Souques, dans une étude excellente parue aux *Archives de Neurologie* : « Nous avons pu, dit Souques, observer un cas de polyurie dont nous allons rapporter les détails. Il nous servira de témoignage pour avancer que la plupart des observations de polyurie nerveuse, *sine materia*, relèvent de l'hystérie et que l'origine de la polyurie hystérique doit être recherchée dans une idée fixe. »

A cet endroit, Souques place son observation, que nous donnons au chapitre spécial.

« Le malade dont nous venons de rapporter l'histoire est incontestablement un hystérique. Mais sa polyurie est-elle aussi de nature hystérique ? Un argument péremptoire, la guérison par suggestion, permet de répondre par l'affirmative, sans qu'il soit besoin d'invoquer d'autres raisons.

Etant donné le traumatisme cranien originel, la première idée, qui devait venir à l'esprit, était celle d'un cas de polyurie traumatique. C'est, en effet, l'idée que nous avons tout d'abord partagée, faute d'un

interrogatoire et d'un examen suffisants. Il est vrai que notre erreur n'a pas été de longue durée. »

Après avoir parlé ensuite des cas de MM. Potain et Mathieu, où la polyurie apparut après un traumatisme, mais où l'on trouva comme intermédiaire l'hystérie, Souques ajoute : « Les faits de ce genre, que l'avenir multipliera sans doute, comportent par eux-mêmes un précieux enseignement.

Ils permettent, en outre, de considérer comme discutable l'origine de certaines hyperdiurèses traumatiques et de se demander si leur origine n'est pas hystérique.

Les mêmes réserves s'adressent à la plupart des cas de polyurie alcoolique publiés jusqu'ici.

« Nous ferons remarquer ici que notre malade est depuis longtemps grand buveur et qu'il se livrait fréquemment à de copieuses libations. C'est à la suite des excès aigus qu'il a remarqué que, pendant plusieurs heures, il urinait souvent et beaucoup. Il a eu plusieurs fois par mois l'occasion de faire cette remarque. Peu à peu, son attention s'est trouvée attirée sur cette pollakiurie transitoire et éliminatrice. Il déclare dans l'hypnose que ce fait l'avait assez vivement frappé. Il en est peu à peu résulté une idée fixe, subconsciente tout au moins. Le jour, où à la faveur d'une forte émotion, il est devenu franchement hystérique ; cette idée s'est développée, a grandi, est devenue envahissante et a été l'origine d'une grande polyurie permanente. Il est légitime de supposer que la polyurie des hystériques, antérieurement alcooliques, reconnaît une origine analogue.

C'est plutôt, à notre avis, dans *les accès alcooliques aigus* que dans l'alcoolisme chronique qu'il faut rechercher cette origine.

Voilà pourquoi : Et Souques fait remarquer que la sécrétion urinaire est très exagérée dans l'intoxication alcoolique aigue, tandis que le taux de l'urination baisse dans l'intoxication chronique.

A l'appui de cette manière de voir, il rappelle que M. A. Mathieu a explicitement noté l'influence des excès alcooliques aigus dans cinq cas de polyurie hystérique.

Arrivant ensuite à l'étude du rôle pathogénique des idées fixes et de la manière de l'interpréter, Souques écrit :

« Nous pensons que l'incontinence nocturne d'urine et les excès étyliques sont pour beaucoup et ont une influence directe dans le développement de la polyurie durable des hystériques. »

Il analyse alors la genèse de l'idée fixe chez l'enfant ou l'adolescent qui « pisse au lit », par les « réprimandes, les moqueries, les désagréments, les ennuis et les inconvénients de cette incontinence » lui rappelant sans cesse le désagréable souvenir de cette infirmité.

« Que ce sujet devienne plus tard hystérique, cette idée fixe, consciente ou inconsciente, pourra grandir, envahir l'esprit et devenir naturellement l'origine d'une hypersécrétion urinaire. Cette réaction s'impose même.

« ... La filiation, toute logique, est facile à concevoir. Les incontinents nocturnes urinent sinon plus

du moins plus souvent que les sujets normaux. Presque toujours ils ont des besoins fréquents et impérieux pendant le jour...

« Or, uriner souvent ou uriner beaucoup sont deux choses que l'usage confond ensemble.

« Et l'enfant croit, en réalité, qu'il urine plus que normalement. L'enchaînement logique des choses doit le conduire plus tard à la polyurie...

« Car, il est de règle que les hystériques aillent chercher, dans un souvenir frappant de leur passé, l'origine d'une manifestation actuelle. Or, on ne saurait nier à l'incontinence nocturne d'être un fait saillant dans la vie et de laisser dans l'esprit un souvenir marquant.

Un raisonnement analogue peut être invoqué pour expliquer le rôle des excès alcooliques dans la production de la polyurie hystérique. Il est rationnel de supposer que les rares observations d'hyperdiurèse hystérique, sans incontinence nocturne ou sans alcoolisme antécédents, relèvent également d'une idée fixe d'origine génito-urinaire.

Dans une seule des dix-sept observations étudiées par Erhardt, les antécédents d'alcoolisme ou d'incontinence font défaut. Or, il est dit que cet homme de trente cinq ans avait eu plusieurs blennorrhagies, « une, entre autres, l'année dernière compliquée de cystite. »...

« C'est donc psychologiquement qu'il faut concevoir la polyurie hystérique....

« Il est moins aisé de comprendre le mécanisme intime par lequel cette idée fixe aboutit à la polyurie

durable. Il est logique de supposer qu'elle le fait en déterminant un trouble vaso-moteur du côté des reins. Si ce trouble vaso-moteur se localise sur les reins, c'est parce que ces organes sont, pour ainsi dire, désignés d'avance par une anomalie urinaire antérieure, telle que l'incontinence nocturne, l'hyperdiurèse transitoire des excès alcooliques.

« . . . . Certains exemples de troubles vaso-moteurs localisés dans l'hystérie, provoqués par une idée, sont indiscutables. L'œdème produit par suggestion nous servira de témoignage et nous dispensera de plus longs commentaires, car ici le trouble vaso-moteur est visible, indiscutable, et se fait, si on peut dire, sous les yeux de l'observateur qui a suggéré l'idée d'un gonflement œdémateux.

« . . . . Ce qui prouve, au surplus, l'existence et le mécanisme d'un tel trouble c'est comme l'ont démontré M. Babinski d'abord et puis MM. Debove et Erhardt, la possibilité de faire disparaître ou disparaître la polyurie à volonté par suggestion hypnotique. N'est-ce pas là la meilleure preuve qu'on puisse fournir du rôle des idées fixes dans la détermination de l'hyperdiurèse hystérique et de la thèse que nous défendons ici.

Qu'est-ce que suggérer, sinon fixer une idée sur un point donné ?

Mais s'agit-il d'une action inhibitrice sur les centres vaso-moteurs bulbo-médullaires d'où partent les nerfs vaso-moteurs du rein ?

Cette inhibition va amener la *vaso dilatation* du système vasculaire rénal, augmenter l'élévation de la

pression sanguine locale et produire l'hyperdiurèse. Ne s'agit-il pas d'une action dynamogénique sur les centres sécrétoires du rein? Mais l'existence des nerfs sécrétoires du rein n'est rien moins que démontrée. Il est donc beaucoup plus rationnel d'admettre la première hypothèse. »

S'appuyant ensuite sur les résultats fournis par l'étude de la polyurie traumatique, lesquels font supposer que la lésion qui la produit, doit siéger dans le bulbe, sur l'existence démontrée à ce niveau des centres vaso-moteurs, Souques suppose que l'idée fixe est le point de départ d'un réflexe cortical, qui vient aboutir aux centres vaso-moteurs bulbaires du rein et les inhibe. « La polyurie par suggestion, dit-il, légitime cette hypothèse sans qu'il soit besoin de supposer un centre vaso-moteur rénal situé dans l'écorce cérébrale. »

Nous n'avons rien à ajouter à ces considérations ingénieuses qui témoignent, chez leur auteur, d'une observation très fine, d'un esprit d'analyse remarquable et d'une dialectique serrée. Et nous faisons rentrer dans nos conclusions celles qu'il en a tirées, parce qu'elles s'en dégagent très clairement.

---

## CHAPITRE CINQUIÈME

---

### Traitement

Le traitement sera celui des manifestations de l'hystérie en général. Mais pour qu'il soit rationnel, il faudrait préciser la nature elle-même de la névrose. Or, ici se pose un point d'interrogation. Admettant, avec Charcot, que l'hystérie est une maladie psychique, ce sont les procédés du traitement psychique que nous mettrons en œuvre pour essayer de guérir. Parmi ces procédés, un des premiers, qui se présentent à l'esprit, n'est autre que l'hypnotisme et son corollaire obligé, la suggestion.

Mais avant de tenter l'hypnotisation, il faut faire une étude du malade et se dire qu'on risque souvent beaucoup pour gagner peu. L'hypnotisme est un modificateur puissant du terrain hystérique; de ce fait il peut être dangereux même dans des mains expérimentées.

Du reste, l'hypnotisme n'est pas applicable à tous les cas d'hystérie, parce que tous les hystériques ne sont pas hypnotisables.

On devra recourir alors à la suggestion à l'état de veille, mais ici, les moyens de contrôle sont plus difficiles.

On peut employer aussi les agents du traitement externe de l'hystérie, l'hydrothérapie et l'électrothérapie. Mais dans le cas particulier ces moyens n'ont-ils pas simplement une action suggestive ?

Il n'existe pas de traitement médicamenteux de l'hystérie. Les toniques, le fer, les amers sont utiles pour relever les forces, pour combattre l'anémie ; mais ils ne s'adressent pas à l'essence même de la maladie, de source entièrement psychique.

Quant aux calmants, aucun d'eux, le bromure même, n'a d'influence bien démontrée sur l'hystérie.

L'opium, la valériane, l'antypirine ont été employés sans résultat dans la polyurie hystérique.



## OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. Lyonnet, à l'hôpital  
Saint Pothin.

Marie Favier, 20 ans. Rentre à l'hôpital le 5 novembre 1091...

Père et mère seraient morts cardiaques.

La malade a eu il y a un an et demi un enfant bien portant; ses couches ont été normales.

Aucune maladie importante à signaler dans les antécédents personnels.

L'affection actuelle remonte à un an environ. A cette époque, la malade se mit à présenter de la polyurie et de la polydipsie; mais c'est surtout depuis six mois que ces symptômes sont devenus plus accusés.

L'état général de la malade n'en a d'ailleurs pas souffert; elle se sent un peu affaiblie mais, n'a pas maigri d'une façon notable.

La soif très vive qu'elle éprouve et la sécheresse de la bouche, très pénible, qu'elle ressent l'amènent à l'hôpital.

A l'examen: Le facies est bon, coloré, la langue sèche, légèrement suburrale: on ne trouve pas de gingivite.

La malade urine très souvent et beaucoup: actuellement la malade qui totalise ses urines depuis 18 heures a 7 litres d'une urine excessivement claire et limpide, dans laquelle on ne trouve pas trace de sucre ni d'albumine. Elle est très altérée et dit avoir bu jusqu'à 15 litres

d'eau dans la nuit. Elle éprouve une\* sécheresse très grande de la bouche qui entraîne souvent une gêne marquée de la parole.

Pas de polyphagie : La malade a eu jusqu'à ces derniers temps un assez bon appétit ; actuellement elle éprouve de la pesanteur après le repas, du pyrosis et vomit souvent, à peu près toujours durant son repas ; elle est obligée parfois de quitter la salle pour aller vomir. Ces vomissements lui laissent un goût aigre dans la bouche. Constipation habituelle : une selle tous les deux ou trois jours.

Les réflexes sont normaux.

On ne trouve à l'origine de cette polyurie aucune secousse morale, aucun ennui sérieux ; la malade est peu émotive ; jamais elle n'a pris de crises ; pas de sensation de boule.

On note de l'anesthésie de la conjonctive et du pharynx ; sur le thorax, légère hémihypoesthésie droite, peu nette d'ailleurs. Pas de zone hystérogène. Aucun trouble de la vision.

L'état général est bon, l'embonpoint conservé.

Au cœur, pointe dans le quatrième espace, sur la ligne mamelonnaire.

Rien aux poumons.

Céphalée assez intense depuis quelque temps.

Pas de température.

Analyse des urines faite le 22 janvier 1901 :

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| Urine.....      | 16 litres.     |
| Urée.....       | 1.50 par litre |
| Phosphates..... | 0.25 —         |
| Sucre .....     | { Néant.       |
| Albumine .....  |                |

Février. Durant ce mois la malade a eu une poussée de grippe pendant laquelle les urines sont tombées à 9, 8, 7, 6 litres, puis la courbe a remonté.

— Plusieurs analyses faites ont toujours démontré une augmentation des chlorures éliminés en 24 heures.

Les pesées de la malade révèlent une diminution légère mais progressive de son poids.

Mars-avril. Etat stationnaire. La malade sort de l'hôpital sans amélioration notable.

## OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. Roques à l'Hôtel-Dieu.

Eugénie D..., 36 ans.

Parents morts d'affections indéterminées. Plusieurs frères ou sœurs bien portants.

Personnellement, bonne santé jusque vers l'âge de 35 ans. Pas d'enfants, pas d'avortements.

Pas de syphilis.

Vers le mois de septembre 1899, la malade eut un phlegmon localisé de la paume de la main droite qui supura pendant plusieurs mois. Pendant le cours de cette infection, la malade vit son abdomen augmenter de volume en même temps que ses règles disparaissaient; elle se crut enceinte et entra dans le service de M. Vinay. On constata à ce moment que la malade était une névropathe, que l'augmentation de volume de l'abdomen ne tenait ni à une grossesse, ni à l'ascite, mais à un état polysarcique surtout accusé à l'abdomen et aux membres inférieurs.

La malade avait de la polydipsie sans polypahgie et de la polyurie allant jusqu'à 14 litres sans glycosurie.

On fit le diagnostic de diabète insipide.

Au bout d'un mois la malade sortit sans amélioration notable.

Elle rentre dans le même état au mois de mars 1900, dans le service de M. M. Bouveret ; elle y fit un séjour de deux mois et partit sans amélioration notable.

Quelques mois après, bien que n'ayant ni leucorrhée, ni métrorrhagie, ni aucun phénomène génital, elle alla à la charité dans le service de M. Laroyenne : On lui mit des tampons vaginaux et on lui donna de l'iodure ; c'est à ce moment que sa polysarcie disparut.

La malade a toutefois toujours conservé de la polydipsie et de la polyurie.

Elle revient actuellement à l'Hôtel-Dieu se plaignant surtout d'un état de lassitude et d'asthénie très prononcé.

A l'examen, la malade, sans être obèse comme elle le fut, présente encore un embonpoint très raisonnable.

L'estomac ne descend pas jusqu'à l'ombilic ; pas de clapotage. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; pas de néphroptose.

Aux membres inférieurs, pas d'œdème ; il existe d'assez nombreuses varices.

Au cœur : pointe bat dans le cinquième espace ; le choc est mal perçu ; à l'auscultation, souffle diastolique très bref dont le maximum est à l'orifice aortique.

Le pouls est ample, régulier. Pas de souffle de Durozier.

Aux poumons, il existe un peu d'obscurité respiratoire dans les deux fosses sus-épineuses. Pas de râles, pas de toux ni d'expectoration.

La malade a toujours été émotive mais n'a jamais pris de crises convulsives. Plus d'insomnies depuis six mois ; elle en eut beaucoup autrefois avec rêves et cauchemars.

La sensibilité au contact et à la douleur est pourtant conservée ; les piqûres saignent.

Léger degré d'ovarie des deux côtés ; un peu d'anesthésie de la cornée et du pharynx.

Pas de troubles pupillaires, pas de troubles visuels.

Réflexes plantaires et rotuliens normaux.

Pas de température.

Les urines sont pâles et abondantes. La quantité en est de 3,500 gr. ; pas de sucre, ni d'albumine.

Pendant les premiers jours, la malade a eu des troubles psychiques consistant en de l'amnésie (perte totale de la mémoire des faits anciens ; elle éprouve aussi une diminution de l'intelligence, a de la lenteur à comprendre ce qu'on lui dit et répond avec hésitation. Elle n'a pas eu de phénomènes hallucinatoires ni délirants.

14 mars. Deux nouveaux dosages d'urée donnent 4 gr. par litres.

L'examen ophtalmoscopique a révélé un léger degré de rétrécissement du champ visuel.

### OBSERVATION III

(Personnelle)

M<sup>me</sup> X..., 22 ans. Rien de spécial à signaler dans les antécédents héréditaires : La malade a joui d'une bonne santé dans son enfance ; il y a quatre ans, elle aurait eu

quelques accidents nerveux sans grande importance. Elle est mariée depuis trois ans.

Il y a deux ans, elle a eu des phénomènes douloureux d'ordre névralgique dans le domaine du crural gauche qui ont cédé à divers médicaments et à une pulvérisation de chlorure de méthyle.

La malade a eu en outre quelques troubles gastriques peu marqués.

En juillet 1901, la malade se plaint d'une soif extrêmement vive ; son appétit a diminué ; elle est devenue très nerveuse ; elle urine une quantité exagérée évaluée environ à 5 ou 6 litres. Chaque nuit elle se lève au moins une dizaine de fois pour boire et pour uriner.

L'examen des urines est entièrement négatif comme éléments anormaux ; il n'y a ni sucre, ni albumine, ni phosphaturie, ni azoturie.

Au bout de quelque temps, apparaissent des troubles gastriques caractérisés spécialement par des pesanteurs d'estomac après les repas, de la constipation. Les nuits deviennent très mauvaises ; la malade est inquiétée constamment par le besoin de boire et d'uriner.

En septembre, les phénomènes s'exagèrent ; la malade boit et urine de plus en plus ; elle présente un état nerveux extraordinairement marqué.

La moindre contrariété l'exaspère ; le contact de personnes de sa famille suffit parfois pour exagérer son état névropathique.

A ce moment, elle se plaint fréquemment d'une sensation de froid très pénible et présente à certains moments de véritables frissons.

La température, prise, est tout à fait normale. Tous les

traitements employés, (valériane, antipyrine, bromure, lotions froides, etc.), restent sans effet.

En octobre, la malade est toujours dans le même état. Allant en voyage, sa première préoccupation en arrivant dans un hôtel est de s'informer du moyen d'avoir de l'eau à discrétion.

Cependant, malgré que la soif et la polyurie persistent, l'état nerveux diminue.

Au mois de novembre, la malade rentre à la ville ; les troubles digestifs et la plupart des phénomènes nerveux diminuent ou disparaissent peu à peu ; la soif intense et la polyurie diminuent aussi.

Au mois de janvier 1902, la malade se sent très bien ; elle n'a plus qu'une soif modérée, n'urine guère plus de 2 litres par 24 heures.

En mai 1902, la malade d'éprouve plus rien et retrouve son état antérieur.

La malade n'a présenté aucun signe d'une affection organique du système nerveux. Rien au cœur ni aux poumons ; un peu de dilatation d'estomac.

Pas de stigmates nets d'hystérie. La malade n'a pas eu dans son enfance, d'incontinence nocturne d'urine, ni aucune maladie importante.

#### OBSERVATION IV

##### (Résumé)

Marie Kœmmerer, 38 ans, domestique, célibataire, jamais enceinte. Bonne constitution.

Tempérament nerveux.

La malade entre à la clinique médicale, service de Hirtz, en juin 1863, se plaignant de douleurs vagues, sur différents points de la poitrine, avec toux sèche, quinteuse, accompagnée de temps en temps de suffocation : Signes négatifs à l'exploration thoracique.

On voit sa face rougir et pâlir à vue d'œil, et ses accès s'arrêter brusquement au milieu du paroxysme. — On porte d'après cela le diagnostic de toux et d'asthme nerveux.

Elle nous apprend qu'antérieurement elle a eu de fréquentes attaques convulsives et que les accidents qui l'amènent à l'hôpital durent depuis cinq semaines.

Pendant longtemps, grande irrégularité de la menstruation.

Six mois après le début de ces attaques convulsives polyurie et anesthésie complète de la moitié inférieure du corps dont elle ne s'est aperçue que par hasard.

La polyurie s'est établie peu à peu, émission moyenne de 5 à 6 litres par 24 heures. Soif peu vive, cependant les boissons sont proportionnelles aux urines. Pas de boulimie. Peau sèche.

13-14 février 1864. Urines acides. Densité, 1.003,5 ; couleur verdrâtre, ni glycose, ni albumine. Analyse de 5,400 centimètres cubes :

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Eau.....                  | 5352  |
| Matières solides....      | 48    |
| Matières solides.         |       |
| Urée.....                 | 27.13 |
| Acide urique.....         | 0.41  |
| Matières extractives..... | 6.15  |

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Sels inorganiques .....     | 14.14 |
| Chlorure sodique.....:..... | 8.76  |

D'autres analyses faites postérieurement donnèrent à peu de chose près les mêmes résultats.

L'anesthésie cutanée disparut au bout de trois mois. La polyurie, au bout d'un an, n'avait changé ni de nature ni d'intensité; les attaques hystériques se montraient encore fréquemment; la valériane, l'asa-fœtida, la belladone ont été employées sans succès ainsi que l'essencé de térébenthine ( Kien, *Thèse de Strasbourg*, page 13).

## OBSERVATION V

(Résumé)

Dr Souques. — Archives de Neurologie 1894.

Auguste Drug..., 37 ans, bijoutier, entre le 12 mai 1894, à la Salpêtrière, dans le service de M. Brissaud.

Du côté maternel, on trouve le rhumatisme déformant chez la mère, la goutte chez le grand-père et chez un oncle; l'hystérie convulsive chez une tante. Du côté paternel, par contre, aucune tare névropathique ou autre, à signaler.

Drug... a eu, à l'âge de trois ans, des convulsions suivies de monoplégie brachiale droite. Il reste aujourd'hui des vestiges indubitables de cette ancienne paralysie spinale infantile. De 5 à 10 ans, il a eu la scarlatine, la rougeole et une fluxion de poitrine.

Il a fait de larges excès d'alcool. Depuis douze ans, au moins, il boit en moyenne, 5 litres de vin par jour, un petit verre de cognac à chaque repas, et environ quatre absinthes par semaine.

En outre de cette ration habituelle, il se livrait assez souvent à de copieuses libations. Il avait remarqué qu'à la suite de ces « bordées », il était obligé d'uriner souvent pendant le jour qui suivait. Cette pollakiurie transitoire, éliminatrice des boissons ainsi exagérées, avait frappé son attention. Malgré cette intoxication chronique traversée par de fréquents excès aigus, le malade ne présente pas les symptômes classiques de l'alcoolisme.

A l'âge de 28 ans, il a eu, un violent rhumatisme articulaire aigu, qui a nécessité six mois de lit et trois mois de convalescence. En 1889, il s'endort un jour sur son bras et se réveille avec une paralysie radicale gauche qui guérit au bout de trois semaines.

Pas de syphilis. Trois ou quatre blennorrhagies, la dernière, il y a une dizaine d'années.

Le début de la maladie actuelle remonterait au 4 novembre 1893.

Il rentrait, dit-il, chez lui, un soir, lorsqu'il a été assailli, avenue Parmentier, vers minuit, par deux malfaiteurs. Il a entendu trotter derrière lui et sans avoir eu le temps de se détourner, a reçu des coups de casse-tête sur le crâne, qui l'ont jeté à terre sans connaissance.

Lorsque le lendemain, vers cinq heures du matin, il a repris ses sens, il s'est trouvé à l'hospice Saint-Louis, dans le service de M. Lucas-Championnière. On lui avait volé sa montre et son porte-monnaie. Il a été très étonné, en revenant à lui, de voir sa tête enveloppée d'un panse-

ment. Ce retour à la connaissance a été de courte durée. Deux heures après, en effet, le malade était pris d'un délire qui aurait duré trois ou quatre jours, accompagné de fièvre et d'hallucinations visuelles, en rapport avec son agression nocturne. Sorti du délire, il n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il avait une grande soif et de fréquentes envies d'uriner.

Durant ses trois semaines d'hôpital, il a été tourmenté par des besoins impérieux de boire et de pisser, et s'est ingénié pour les satisfaire à l'insu du personnel.

Il se levait la nuit pour uriner et pour boire au robinet ; il souffrait cruellement de voir verser à boire à ses voisins. Le simple bruit de l'eau le torturait. Jamais, avant son agression il n'avait éprouvé chose semblable. Il buvait et urinait comme tout le monde. Dix jours après l'accident, alors qu'il était encore à Saint-Louis, il aurait eu une attaque de nerfs, caractérisée par du tremblement et de la congestion du visage, précédés d'aura épigastrique et de strangulation et suivis de perte de connaissance.

Depuis la sortie il aurait eu deux crises analogues.

Il est sorti en effet de l'hôpital au bout de trois semaines. La plaie du cuir chevelu, qu'on avait suturée, était complètement guérie.

Rentré chez lui, il mesure ses urines (15 litres en vingt-quatre heures) et en fait faire l'analyse. On n'aurait trouvé ni albumine, ni sucre, mais simplement un peu d'urée en excès. Nous n'avons pas eu sous les yeux le résultat de cette analyse. Depuis lors, la polyurie et la polydipsie ont persisté sans modification malgré divers traitements.

Le taux des urines de vingt-quatre heures s'élevait à une vingtaine de litres, en moyenne.

Au membre supérieur droit se retrouvent les traces de la paralysie infantile.

Du côté du tronc et des autres membres, on ne constate rien d'anormal.

Comme chez tous les sensitifs, on trouve une hémianesthésie gauche, très nette pour les différents modes de la sensibilité et une zone pseudo-ovarienne douloureuse même côté. Cette zone ne réveille pas les phénomènes de l'aura, quand on la comprime. Les sens sont intéressés, l'odorat et le goût sont très obnubilés du côté gauche. Le champ visuel est rétréci littéralement, « 70 à gauche et 80 à droite ». Les pupilles égales réagissent normalement. Pas de paralysie oculaire, pas de lésions au fond de l'œil. Acuité visuelle normale. Le malade se plaint parfois de voir trouble, mais exclusivement à la suite de fatigues visuelles occasionnées par son métier de bijoutier. Enfin, il se plaint sans cesse d'une sensation de froid généralisé.

Mais ce dont il se plaint le plus, c'est du besoin incessant de boire et d'uriner ; la nuit comme le jour, il a toujours soif, les lèvres toujours sèches, la bouche comme « un copeau ». Il faut qu'il boive à tout prix, de l'eau fraîche ou glacée de préférence.

S'il essaie de se retenir, il éprouve un malaise général inexprimable. « Si je me retenais deux heures de boire, dit-il, je crois que je deviendrais fou. » Il lui faut tous les soir sa provision d'eau pour la nuit. L'hiver dernier, son eau est gelée. Il est descendu vers trois heures du matin à la fontaine de la cour qui était également gelée.

Alors, le voilà parti vers les Halles où il arrive au bout d'une demi-heure en suçant des morceaux de glace qu'il cassait dans le ruisseau pour tromper sa soif. Il se précipite chez un marchand de vin et avale coup sur coup, deux carafes d'eau. Cette soif inextinguible en outre du supplice de Tantale qu'elle lui inflige le gêne considérablement dans ses occupations et dans ses relations. Il a bien soin, quand il part en course, de boire avant son départ ; il est néanmoins obligé de s'arrêter chez les marchands de vin. Pour éviter la curiosité qu'il éveille autour de lui et les ennuis qui en résultent, il ne s'arrête que chez des gens qui le connaissent et qui savent son infirmité. Lorsqu'il monte en omnibus, il est obligé de descendre, après un assez court trajet, pour satisfaire son besoin.

S'il prend l'omnibus Madeleine-Bastille, il est forcé de descendre en face du Gymnase.

Le besoin de boire chez lui, est tellement impérieux, qu'il lui est arrivé deux fois, faute d'eau, de boire son urine. Il n'est jamais plus heureux que lorsqu'il peut boire à son aise, à plein seau, jusqu'à plus soif. Le besoin satisfait, il éprouve un soulagement très agréable, mais très court.

C'est surtout la nuit que le besoin de boire devient intolérable. Il est réveillé toutes les heures par la soif. S'il lui arrive de rester endormi pendant une heure et demie, il éprouve une vive céphalalgie qui d'ailleurs, disparaît, aussitôt le besoin satisfait. Il en résulte une insomnie très pénible. Les quelques instants de sommeil qu'il peut avoir, sont traversés par des cauchemars ; il rêve tout le temps, (il ne rêvait pas, dit-il, avant son agres-

sion), de rixes, de coups, de blessures, de chutes dans des précipices sans fond. Après de telles nuits, les journées sont mauvaises. Il travaille avec peine et a sans cesse des envies de dormir, qu'il réprime, afin de se réserver pour la nuit.

La miction est tout aussi impérieuse que la soif; elle est précédée de pesanteur dans le périnée et à la face interne des cuisses, qui disparaissent dès que la vessie est vidée. Il est souvent obligé d'attendre quelques secondes, avant de pouvoir uriner. Quelquefois, cette attente se prolonge outre mesure et il se met dans un état de surexcitation extrême.

Le 29 mai, malgré des besoins pressants et des essais répétés, il est resté une heure sans pouvoir pisser et a été pris de vomissements, d'étouffements, avec tremblement, d'une véritable attaque de nerfs. Il urine souvent un litre par miction.

Voici quelques détails sur la quantité et la qualité de ses urines. Toute supercherie a été évitée. Nous avons fait plusieurs fois uriner le malade devant nous; l'urine, même dans ces conditions, était physiquement et chimiquement analogue à celles des autres mictions. D'autre part, le malade a été étroitement surveillé par le personnel. De ce côté, on ne peut avoir aucune espèce de doute. L'analyse chimique des urines a été faite pendant quinze jours.

Les urines émises, les boissons absorbées dans les vingt quatre heures ont été ponctuellement mesurées. Les aliments et les excréments rigoureusement pesés.

Pendant un mois, D... est resté en observation.

Durant ce temps, le taux des urines de vingt-quatre a oscillé de 16 à 19 litres. Deux fois seulement, il est descendu (au-dessous de 16) à 15<sup>l</sup> 500 et 14<sup>l</sup> 500. La quantité d'eau ingérée a été un peu inférieure aux taux des urines, mais en tenant compte du vin, du café et de l'eau contenus dans les aliments solides, ce taux est atteint et même dépassé.

Du reste, le malade n'a pas sensiblement maigri. Le 9 mai, il pesait, dit-il, 80 kilogrammes. Il est vrai, que le régime de l'hôpital, différent du régime alimentaire qu'il suivait chez lui, peut parfaitement expliquer cette diminution de poids.

#### ANALYSE DES URINES DES VINGT-QUATRE HEURES

|                     | 30 Mai              | 31 Mai                 | 1 <sup>er</sup> juin | 2 juin              |
|---------------------|---------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Volume.....         | 14 <sup>l</sup> 1/2 | 17 <sup>l</sup> litres | 17 <sup>l</sup> 200  | 18 <sup>l</sup> 400 |
| Densité.....        | 1003                | 1002                   | 1003                 | 1003                |
| Urée .....          | 30,09               | 25,80                  | 25,80                | 27,60               |
| Acide phosphorique. | 3,808               | 2,795                  | 2,580                | 2,530               |
| Chlorures.....      | 8,70                | 17,04                  | 15,48                | 16,56               |

Cette urine, en somme, ne diffère de la normale que par sa quantité d'eau et par sa faible densité. Il n'a ni azoturie ni phosphaturie. Les chlorures seuls sont augmentés et encore assez peu, puisque dans l'urine normale des vingt-quatre heures on en trouve treize ou quatorze grammes. Sauf cette hyperchlorurie relative, qui a été signalée par Erhardt, et qui semble à peu près constante dans la polyurie hystérique, cette polyurie ne diffère par aucun caractère physique ou chimique des polyuries de toute autre nature.

Cette polydypsie et cette polyurie s'accompagnent d'un certain nombre de troubles de divers appareils.

Du côté de l'appareil digestif, sécheresse très pénible des lèvres et de la bouche. La langue est cependant humide et les lèvres et la muqueuse buccale ont leur aspect habituel. La salivation est diminuée et le malade ne crache jamais. L'appétit est conservé, un peu exagéré même. Il n'y a toutefois pas de véritable polyphagie.

L'estomac est un peu dilaté. Les digestions bonnes. Les selles sont régulières mais peut abondantes et jamais diarrhéiques.

Les diverses sécrétions sont diminuées ou supprimées. Ainsi D... ne se mouche pas une fois par semaine. Il ne transpire jamais. Sa peau n'est cependant pas très sèche. Pas de troubles appréciables de l'appareil respiratoire.

De même l'appareil circulatoire n'est pas troublé. Le pouls, égal et régulier, bat à 76. Le cœur est normal. La température axillaire est un peu abaissée (36,50), ce qui explique la sensation générale de froid qu'éprouve le malade et qui est très pénible et continuelle.

Au point de vue cérébral, ni vertige, ni céphalalgie. Insomnie très gênante. Le caractère s'est modifié : le malade est triste, irritable, préoccupé de son infirmité et inquiet de son avenir.

Les réflexes sont normaux.

L'état général est satisfaisant ; le malade a un peu maigri.

A partir du 13 juin 1891, D... est hypnotisé.

Nous lui suggérons l'idée d'uriner moins. Dans le somnambulisme, nous avons su qu'il avait remarqué qu'après un excès d'alcoolisme aigu, il urinait beaucoup et souvent

durant la journée suivante. Chaque fois qu'il faisait de fortes libations — la chose était fréquente — la même polyurie et pollakiurie transitoire attirait son attention. Peu à peu son idée s'était fixée sur ce fait.

Jusqu'au 14 juillet, le malade est hypnotisé et suggéré treize fois en tout. Chaque suggestion a amené, le jour suivant, un abaissement du chiffre urinaire; deux séances seulement ont été suivies d'une légère augmentation transitoire.

Du 10 juillet au 2 septembre, le malade n'a reçu aucune suggestion hypnotique. Durant ce laps de temps, l'urination s'est élevée quatre fois à cinq litres. Progressivement, au fur et à mesure que la polyurie diminuait, la soif, l'insomnie, les sensations de froid disparaissaient. En trois semaines, tout était à peu près rentré dans l'ordre.

Le malade, amélioré et guéri, a voulu quitter la Salpêtrière, le 2 septembre 1894. Nous n'avons pu de ce fait, faire la contre-épreuve, c'est-à-dire lui suggérer l'idée d'uriner davantage et faire réaugmenter la polyurie.

## OBSERVATION VI

(Résumée. — Déjérine).

Malade, âgé de 29 ans; a été atteint d'une polyurie abondante accompagnée de polydipsie et de polyphagie. Était fils d'alcoolique et lui-même s'était alcoolisé depuis l'âge de quatorze ans.

A 23 ans, à la suite d'un excès de boissons considérable, il eut un violent accès de *delirium tremens* et modifia

ensuite un peu ses habitudes. Mais malgré cette amélioration dans son hygiène, la polyurie, la polyphagie se montrèrent presque simultanément accompagnées d'un amaigrissement et d'un affaiblissement progressifs. Polyurie considérable, surtout nocturne atteignant 10 à 12 litres; un certain degré d'azoturie bien qu'il faille tenir compte en pareil cas de l'alimentation exagérée qui amène forcément un certain excès dans l'excrétion de l'urée.

On a pu améliorer assez vite la situation de ce malade dont la polyurie est tombée à 6 litres et qui a même engraisé. C'est que chez lui, l'origine nerveuse de la maladie est certaine. Indépendamment des accidents d'alcoolisme qu'il a présentés, il a des stigmates hystériques incontestables.



## CONCLUSIONS

---

I. — L'existence de la polyurie hystérique est indiscutable.

II. — Elle est très fréquente chez l'homme et plus fréquente qu'on n'a cru chez la femme ; elle est peut-être destinée à englober à l'avenir tous les cas de polyurie ou de diabète insipide indépendants de toute lésion organique.

III. — Plusieurs des anciennes observations de polyurie alcoolique, émotive, traumatique, etc , doivent aujourd'hui rentrer dans son cadre.

IV. — La polyurie hystérique peut souvent être la conséquence d'une idée fixe d'ordre urinaire. Cette idée fixe a son origine dans l'existence antérieure chez le sujet d'un trouble urinaire pollakiurique ou hypersécrétoire (excès alcooliques aigus, incontinence nocturne d'urine).

L'idée inhibe probablement les centres vaso-moteur du rein, ce qui entraîne une vaso-dilatation rénale, c'est-à-dire la polyurie.

V. — Elle peut exister en dehors de tout autre stigmate hystérique.

VI. — Enfin la suggestion hypnotique est le meilleur signe diagnostic et paraît être le seul traitement efficace.

*Le Président de la Thèse,*  
COURMONT.

VU :  
*Le Doyen,*  
LORTET.

VU ET PREMIS D'IMPRIMER ;  
Lyon, le 2 mai 1902.  
*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.*  
G. COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- LACOMBE. — La Polydipsie. Thèse de Paris, 1841.
- FLEURY. — *Archives générales de Médecine*, Paris, 1848.
- VALENTINER. — *Die Hysterie und ihre Heilung*, Erlangen, 1852.
- LANDOUZY. — Leçon clinique sur le diabète, *Union médicale*, p. 495, 1862.
- VOGEL. — *Anleitung zur Analyse der Harns*, 1863.
- OPPOLZER. — *Hysteria cum polyuria*, *Allg. Wien. med. Zeitung*, n° 38, 1866.
- KIEN. — De la Polyurie, Thèse de Strasbourg, 1865, p. 13.
- LANCEREAUX. — De la Polyurie (Diabète insipide). Thèse d'agrégation, Paris, 1869.
- La Polyurie simple et ses variétés, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, août 1890, p. 457.
- DEBOVE. — Polyurie hystérique, *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*. Paris, 13 novembre, 30 novembre 1891, p. 581.
- BALLET. — Polyurie, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 24 juillet 1891, p. 424.
- MATHIEU. — Un cas de diabète insipide chez un hystérique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.* Paris, 24 juillet 1891, p. 421.
- Polyurie hystérique, *Ibid.*, 30 novembre 1891.

POTAIN. — De l'Hydrurie. *Sem. médicale*, janvier 1891.

BABINSKI. — Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution du syndrome. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 novembre 1891, p. 568.

LAENNEC. — Hystérie, polyurie, polydipsie, *Gaz. méd. de Nantes*, 1893.

BOIFFIN. — Hystérie, polyurie, polydipsie, *Soc. méd. de Nantes*, 1893.

ERHARDT. — De la polyurie hystérique, Thèse de Paris, 1893.

A. LINKE — *Diabetes insipidus mit gleichzeitiger Retentio urinæ spastica bei einem hysterischen Mädchen*, *Centralbl. für Nervenheilk. u. Psych.*, sept. 1894, p. 457. Art. original.

GUINON. — De quelques troubles urinaires de l'enfance. Névroses urinaires de l'enfance. Obs. XLVII, p. 87, Paris 1889.

SOUQUES. — Contribution à l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique. *Archives de Neurologie*, 1894.

